

Кочарян Александр Суренович, Харьковский национальный университет им. Каразина, Зав. кафедрой психотерапии

Kocharyan Alexander Suren, Kharkiv National University Karazina, Head of Department of psychotherapy

Макаренко Амалия Алексеевна, Национальный аэрокосмический университет им. Н.Е. Жуковского ХАИ, Доцент кафедры психологии

Makarenko Amalia Alekseevna, National Aerospace University. HAI Zhukovsky, Associate Professor of Psychology

Сейдаметова Севиль Ильмиевна, Республиканское высшее учебное заведение «Крымский инженерно-педагогический университет, соискатель Национального аэрокосмического университета им. Н.Е. Жуковского ХАИ

Seydametova Sevil Ilmievna, Republican of higher education institution "Crimean Engineering and Pedagogical University, Competitor of the National Aerospace University im. N.E. Zhukovskogo HAI

VIOLATIONS OF WOMEN'S ATTITUDES WITH ORTHOPEDIC DEFECTS AS UNILATERAL SHORTENING OF TRAUMATIC ORIGIN

ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ У ЖІНОК З ОДНОСТОРОННІМ УКОРОЧЕННЯМ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Актуальність дослідження. Результати численних досліджень¹ системи ставлень особистості при соматичних захворюваннях і фізичних дефектах виявляють загальні особливості її порушень: цілісності системи відносин, емоційно неблагополучне ставлення до себе і основних сфер функціонування, порушення міжособистісних стосунків. Істотне місце в системі ставлень людини, яка має фізичну ваду, займає ставлення до дефекту, що багато в чому визначає порушення всієї системи ставлень особистості. Специфіка соматичного дефекту визначає найбільш уразливі ланки системи значущих ставлень особистості, що специфічно оформляє порушення всієї системи, а в крайніх випадках клінічну картину невротичних станів. Травма нижньої кінцівки, яка призвела до її вкорочення, виступає як життєва ситуація, яка перебудовує систему ставлень особистості². Ортопедичний дефект травматичного генезу змінює ставлення людини до самої себе, до світу і позначається на стосунках з людьми. Фізичний дефект може викликати соціально-психологічний вивих, аналогічний тілесному вивиху, і реалізовуватися як соціальна ненормальність поведінки³. Незважаючи на спроби, що приймаються в клінічній психології, диференціювати

¹ Мясищев В. Н. Психология отношений / Владимир Николаевич Мясищев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с, Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику. / Николаева В. Н. – М.: МГУ, 1987. – С. 22-139, Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Соколова Е.Т. – М.: МГУ, 1989. – 213 с., Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система / Александр Шамилиевич Тхостов // Весник Московского университета. – 1993. – №1. – С.3 –16.

² Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. — СПб.: Академия, 2004. 730 с., Мясищев В. Н. Психология отношений / Владимир Николаевич Мясищев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с, Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику. / Николаева В. Н. – М.: МГУ, 1987. – С. 22-139, Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Соколова Е.Т. – М.: МГУ, 1989. – 213 с.

³ Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности / Лев Семенович Выготский // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. - М.: Издательство Московского университета, 1980. - С.24-35.

⁴ Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / Ковалев В.В. // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. – С.102–114, Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику. / Николаева В. Н. – М.: МГУ, 1987. – С. 22-139, Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Соколова Е.Т. – М.: МГУ, 1989. – 213 с., Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система / Александр Шамилиевич Тхостов // Весник Московского университета. – 1993. – №1. – С.3 –16.

переживання різних ситуацій соматичної патології⁴, активні психологічні дослідження, присвячені ортопедичному дефекту, практично відсутні. Деякі автори⁵ стверджують, що люди з фізичними вадами являються стигматизованими. Стигматизуюча соціальна енергія може підтримувати, посилювати неконструктивні, морбідні особистісні характеристики за допомогою створення деструктивних і дефіцитарних полів⁶. Зміна зовнішнього вигляду призводить до порушення внутрішньо-і міжособистісних відносин, соціальної дезадаптації⁷. Таким чином, фізична підність людини є важливим аспектом соціальної стратифікації, символічно оформлюючим і закріплюючим взаємні оцінки, очікування, домагання і всю систему відносин особистості. Більшість дослідників проблем фізичних відмінностей сходяться в думці про те, що узагальнення, засновані на категоризації «вродженого» і «придбаного», відрізняються обмеженою корисністю, зважаючи на те, що людям з придбаною фізичною вадою доводиться справлятися з переживаннями, пов'язаними з ситуацією появи дефекту і втраченою колишнього вигляду⁸. В літературі є дані, що самооцінка зовнішності у жінок корелює з загальною самооцінкою⁹, якісно життя та психічним благополуччям, отже наявність тілесного дефекту негативно впливає на систему ставлень жінок.

У зв'язку з цим, важливим медико-психологічним завданням є гармонізація системи ставлень особистості жінок з вкороченням нижньої кінцівки і підтримка її на рівні, відповідному успішній внутрішньо-і міжособистісній діяльності, що можливо створити на основі вивчення порушених ланок системи ставлень особистості жінок з ортопедичною травматичною патологією на основі чого розробити програму їх психокорекції.

Мета і задачі дослідження. *Мета* - на основі ідентифікації порушених ланок системи ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом розробити програму психокорекції, спрямовану на гармонізацію системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом травматичного генезу та надати оцінку її ефективності.

Теоретико-методологічні аспекти дослідження. Ситуація фізичної травми різко змінює характер взаємовідносин людини з оточуючим світом, тому комплексний розгляд взаємозв'язку травми і особистості дозволяє вести мову про зміни не фізичного і/або психічного статусу пацієнта, а усієї системи його відносин з світом та до світу. Теоретичною основою цього напрямку є концепція особистості В. Н. Мясіщева (1956, 1957), в якій людина виступає як єдина біо-психо-соціальна система, а особистість як система емоційно насичених ставлень з іншими людьми та самою собою. В цій системі тілесний дефект може виступати в якості самостійного психотравмуючого чинника, порушувати самооцінку індивіда, звичний порядок подій, характер інтерперсональних взаємин. Системоутворюючим ґрунтом психології людини є «комплекс суспільних ставлень», в рамках якого формується його особистість. Ставлення особистості – це активний, свідомий, інтегральний, селективний, заснований на досвіді зв'язок особистості з різними сторонами дійсності. За думкою В. Н. Мясіщева, ставлення це системоутворюючий елемент особистості, яка предстает як система ставлень. Психологічне ставлення – найважливіша передумова розуміння походження дисфункціональних процесів. Сама по собі фізична патологія в «чистому вигляді» не існує, вона включена в контекст взаємовідносин з іншими людьми. Страждання та почуття власної неповноцінності, породжуються не фізичним дефектом, а його соціальними наслідками (обмеженнями культурного та професійного розвитку, стигматизуючим ставленням оточуючих, самотністю та ін.).

Фізичні вади, особливо ті що потрапляють в поле зору іншого стають причинами «соціального», «особистісного» «дефекту» та провокують «дефекти» комунікативного змісту, звужуючи його потенціал¹⁰. Пацієнти

⁵ Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / Goffman E.- NJ:Prentice-Hall, 1963.-P.45-67., MacGregor F.C. Social psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery/ MacGregor F.C. – NY: Times book. –1979. – P. 1-10.

⁶ Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г.Аммон.- СПб.:Изд-во «Речь», 2000.- 238с., Духновский С.В. Субъективная оценка межличностных отношений / Духновский С.В.- СПб: ООО Издательство «Речь», 2006.- 35с.

⁷ Беюл Е.А. Борьба с ожирением / Е.А.Беюл, Ю.П.Попова// Клиническая медицина. — 1990, —Т. 68,№8. —С. 106-110.

⁸ Bredbury E. Early parental adjustment to visible congenital disfigurements/ E. Bredbury, J. Hewison.- Child,1994.- P.251-266., Newell R.J. Body image and disfigurement care/ Newell R.J.-London.:Routledge,2000. – P.46-80.

⁹ Рамси Н. Психология внешности / Н. Рамси, Д. Харкорт.- СПб.: Питер, 2009.- 256 с.

¹⁰ Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / Goffman E.- NJ:Prentice-Hall, 1963.-P.45-67., MacGregor F.C. Social psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery/ MacGregor F.C. – NY: Times book. –1979. – P. 1-10.

з фізичними вадами в процесі лікування і реабілітації спикаються з необхідністю перебудови системи ставлень¹¹. На ставлення до дефекту впливають багато соціально-психологічних чинників, а саме: вік людини, її стать, характерологічні та особистісні особливості, патерни захисної та подолаючої поведінки, суб'єктивна концепція походження ситуації, що призвела до певного фізичного дефекту, блокування дефектом ціннісно-сислової системи, професійні, кар'єрні прагнення та ін.¹²

В літературі є дані, що самооцінка зовнішності у жінок корелює з загальною самооцінкою¹³, якістю життя та психічним благополуччям. Так існують дані про психологічне функціонування особистості при дерматологічних хворобах (Д.Райан, 1985), опікових дефектах (К.Філліпс, 2009), мастектомії (М. King, 2000), ревматоїдному артриті (М. Vamos, 1990), ампутації нижніх кінцівок (О.І.Купреєва, 2004), дефектах, які виникли внаслідок невдалих пластичних операцій (L. Hughes, 1998), ахондроплазії (В.И.Шевцов, 2000, С.А.Хвостова, 2001) тощо. Важливим аспектом проблеми самооцінки зовнішності є гендерна різниця у її прояві. Відмічається більш загострене ставлення до зовнішнього вигляду у жінок порівняно з чоловіками, жінки більш стурбовані тим, що про їх зовнішній вигляд думають інші, вони значно вразливіше сприймають критику та глузування з приводу їх зовнішності (С.Р.Пантелєєв, 2001).

Незважаючи на багаточисельні роботи, присвячені дослідженню системи ставлень особистості до фізичних дефектів, проблемі ортопедичного дефекту (укорочення нижньої кінцівки травматичного походження) в психологічній площині приділено недостатньо уваги. Існує прогалина у даних щодо надання психологічної допомоги зазначеному контингенту жінок.

Опис вибірки та методів (методик) дослідження. Групу 1 (надалі гр. 1) склали 73 жінки від 28 до 49 років, середній вік $37 \pm 4,5$, з одностороннім неінвалідизуючим укороченням кінцівки від 3-х до 8 см. ($5,39 \pm 1,35$), наявність існування дефекту травматичного генезу від 3-х до 12 років ($5,37 \pm 2,05$). Групу 2 (надалі гр. 2) склали 64 жінки у віці від 27 до 51 року, середній вік $38 \pm 3,9$, з одностороннім неінвалідизуючим укороченням кінцівки від 3-х до 8 см. ($5,47 \pm 1,24$), тривалість існування дефекту від 6 до 12 місяців ($7,71 \pm 1,51$). Групу 3 (надалі гр. 3) склали 70 здорових жінок у віці від 27 до 50 років, середній вік $37 \pm 3,4$. За соціально-демографічними показниками всі 3 групи були однорідні. У групи були включені випробовувані без психічної і вираженої соматичної патології з боку інших органів і систем.

Психодіагностичний комплекс був спрямований на дослідження: *типу ставлення до дефекту* – «Методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби» (ТОБОЛ; Л.І.Вассерман з співавт., 2005); *самооцінки суб'єктивної комфортності* – «Шкала оцінки суб'єктивної комфортності» (А. Леонова, 2003); *особливостей самоставлення особистості* – «Методика дослідження самоставлення; (МІС)» (С.Р.Пантелєєв, 1993); *особливостей міжособистісної сензитивності* – «Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)» в адаптації Н.В.Тарабріної, 2001 (шкала «Міжособистісна сензитивність»; *особистісних особливостей*: «Стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості» (Л.М.Собчак, 1990); *особливостей ставлення до власної тілесності* – «Індекс функціонування Self-системи» (шкала «Негативне тілесне Self»), (Н.М.Затуцька, 2003); *особливостей міжособистісних відносин*: «Метод діагностики міжособистісних відносин; (ДМВ)» (Л.М.Собчак, 1990); *дисгармонії міжособистісних відносин*: «Суб'єктивна оцінка міжособистісних відносин» (С.В.Духновський, 2006); *особливостей подружньої комунікації*: «Опитувальник подружньої комунікації» (Bienvenu, за С. Schaap, 1982); *сприйняття і розуміння шлюбно-сімейного конфлікту та індивідуально-захисних патернів дружини*: «Реакції подружжя на конфлікт» (О.С.Кочарян, Г.С.Кочарян, 1994); *особливостей сексуальної самооцінки* – «Шкала

Bredbury E. Early parental adjustment to visible congenital disfigurements/ E. Bredbury, J. Hewison.- Child, 1994.- P.251-266., Newell R.J. Body image and disfigurement care/ Newell R.J.-London.:Routledge, 2000. – P.46-80.

¹¹ Мясичев В. Н. Психология отношений/ Владимир Николаевич Мясичев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с

¹² Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа/ Г. А. Арина, В. В.

Николаева// Психология телесности между душой и телом.– М.: АСТ: АСТ Москва, 2007.– С.222–236., Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Борис Дмитриевич Карвасарский. – Л.: «Медицина», 1982. – С. 155-207., Купреєва О.И. Методика диагностики отношения к другому людей с инвалидностью/ Купреєва О.И. - К.: Університет «Україна», 2004.- 448с. Лакосина Н. Д. Медицинская психология/ Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: «Медицина», 1984. – С. 55–210. и др.

¹³ Рамси Н. Психология внешности / Н. Рамси, Д. Харкорт.- СПб.: Питер, 2009.- 256 с.

сексуальності» (W. E. Snel, D. R. Papini, 1989); *типу батьківського ставлення*—«Методика діагностики батьківського ставлення» (А. Я. Варга, В. В. Столін, 1986).

Результати дослідження порушень системи ставлень та її психокорекція у жінок з одностороннім укороченням нижньої кінцівки травматичного генезу.

Для медичної психології одним з найбільш важливих в особистісній структурі людини з фізичною вадою є саме ставлення до останньої. Серед жінок з тривало існуючим укороченням нижньої кінцівки (гр. 1) переважали наступні типи ставлення до власного дефекту: *ергопатичний* тип ставлення до дефекту, який характеризується зниженням критичності до свого стану, применшенням «значення» дефекту, «відходом» в роботу та виступає у якості компенсаторного механізму, *неврастенічний* тип ставлення до дефекту, поведінка при такому типі характеризується роздратованістю, яка виливається на першого ліпшого з подальшим каяттям; *меланхолійний* тип ставлення, характеризується надмірною пригніченістю, депресивними висловлюваннями, песимістичною оцінкою навколишнього; *сензитивний* тип ставлення до дефекту свідчить про коливання настрою, головним чином пов'язане з міжособистісними контактами. Особам з таким типом ставлення до дефекту властива надмірна вразливість, стурбованість тим, яке враження справляє на оточуючих фізичний дефект.

При аналізі типів ставлення до дефекту в двох групах жінок звернув на себе увагу той факт, що в групі жінок з тривало існуючим дефектом значимо домінують «чисті» типи, в той час як при недавно придбаному дефекті найбільшому числу досліджуваних притаманні дифузні типи ставлення до дефекту. Дана обставина може бути пояснена тим, що при недавно придбаному дефекті ставлення до останнього ще не набуло усталеної структури і однозначного його тлумачення, тоді як при тривало існуючому дефекті ставлення стає стійким і характеризує цілісну концепцію дефекту і ставлення до нього.

З метою багатостороннього дослідження особистості був застосований «Стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості». Профілі у всіх групах виявилися неоднорідними, серед них можна було виділити кілька варіантів у кожній групі. У групі 1 було виділено 4 варіанти особистісних профілів. Перший варіант (782163049/5FKL, 31,8%) характеризувався загостренням тривожно-недовірливих, ананкастичних і сенситивного рис особистості. В цілому профіль відображає тривожно-депресивний стан з іпохондричними включеннями. Піки по шкалах 7 (тривожність) та 8 (індивідуалістичність) практично досягають 80 Т балів і свідчать про соціальну дезадаптацію хронічного характеру, що в свою чергу продиктовано комплексом неповноцінності, відчуттям власної недосконалості, підвищеним почуттям провини, сорому. Другий варіант профілю (1270345689FKL, 29,5%) характеризувався максимальним підвищенням показників 1-ї шкали (невротичний надконтроль), що поєднується з високою 2-ю (песимістичністю) і підвищенням 7-ї (тривоги), 0-ї (інтроверсії). Такий профіль характерний для осіб з вираженими тривожно-недовірливими рисами. Стан таких жінок емоційно напружений, пригнічений, тривожний з іпохондричною фіксацією. Для цих жінок були характерні песимізм, знижена самооцінка, невпевненість у собі, напруженість і тривога. Легко виникає почуття провини і недостатня оцінка власних можливостей, їх відрізняла вразливість, сентиментальність, сенситивність, вразливість. Страх невдачі визначає поведінкову активність таких особистостей: виникає обмежувальна поведінка, що виявляється у відмові від діяльності, якщо успіх не гарантований. Перевага надається вузькому колу близьких людей, оскільки встановлення нових міжособистісних зв'язків дається насилу. Захисним механізмом є відмова від самореалізації і посилення самоконтролю свідомості. Особам даного особистісного типу притаманні такі особливості: високий рівень усвідомлення наявних проблем, песимістична оцінка перспективи, схильність до роздумів, виражена глибина переживань, самокритичність, інертність у прийнятті рішень. Третій варіант (6124903FLK, 21,2%) особистісного профілю характеризувався підвищенням показників 6-ї шкали (ригідності), поєднаних з підйомом профілю на невротичних шкалах: 1-й (надконтролю), 2-й (песимістичності), помірним підвищенням 4-ї шкали (імпульсивності). Таке розташування профілю свідчить про підвищену стійкість негативно забарвлених афективних переживань, схильність до конфліктів, драгливості, недовірливості, нестриманості, спалахах агресивності. Таким чином, соціальні контакти ускладнені драгливістю, зниженим настроєм, тривогою, песимістичним ставленням до своїх і сімейних проблем, пригніченістю. Особи з даними профілем особистості виявилися ригідними, конформними, педантичними, дистанційованими, сентиментальними, образливими. Поведінка таких жінок визначається залежністю від соціального схвалення, заклопотаністю своїм соціальним статусом і прагненням викликати до себе симпатію оточуючих. Поєднання піків на 2 і 6 шкалах відображають виражену дисгармонійність; відбувається збільшення труднощів у міжособистісному спілкуванні: прагнення уникнути розчарування, обмежувальна поведінка з очікуванням агресивних дій з боку інших людей. Четвертий варіант особистісного профілю (071324FKL, 17,5%) характеризувався значним підвищенням за шкалою 0 (інтроверсії), що вказує на зверненість інтересів у світ внутрішніх переживань, зниження рівня включеності в соціальне

середовище, замкнутість, прихованість, вибірковість у контактах, прагнення уникати міжособистісної взаємодії, що значно звужує сферу міжособистісних відносин. У ситуаціях стресу - загальмованість, втеча від проблем у самотність. У поєднанні з помірно підвищеною 7 шкалою (тривоги) підвищення шкали 0 свідчать про ослаблені соціальні контакти.

У групі 2 було виділено 2 варіанти особистісних профілів. Перший варіант особистісного профілю жінок (72'1680 LFK, 58,7%) 2 групи характеризувався значним підвищенням за 7 шкалою (тривожності) і шкалою 2 (песимістичності). Подібна конфігурація профілю вказує на стан вираженої тривоги, що ще не трансформувалась під впливом захисних механізмів у більш конкретний стан. Профіль відображає невпевненість в собі, нерішучість, почуття розгубленості, занепокоєння. Дані особистості відрізняються песимістичною самооцінкою, страхами, викликані придбаним дефектом. Другий варіант особистісного профілю жінок 2 гр. (763'12489 LFK, 41,3%) характеризувався підвищеною тривожністю у поєднанні з ригідністю і емоційною лабільністю. Дана конфігурація профілю свідчила про болісну фіксованість на ортопедичному дефекті. Реакція на стрес: посилення тривожності; поєднання емоційної нестійкості з фізіологічними розладами.

Отже, ортопедичний дефект являється значним стресором, що в ранні строки після його отримання викликає виражений страх, тривожність, песимістичність, ригідність, емоційну лабільність, всі ці прояви особистості є реактивними утвореннями, які з часом фіксуються і призводять до диференційованих особистісних змін, котрі спираються в свою чергу на преморбідний особистісний радикал, який, сполучаючись з реакцією на травму, формує морбідні особистісні зміни.

Поглиблення уявлень про сферу міжособистісних стосунків жінок з ортопедичною вадою за допомогою методики «Суб'єктивна оцінка міжособистісних відносин» дало змогу встановити, що жінкам з довгостроково існуючим ортопедичним дефектом властива зайва зосередженість на сфері відносин, які є неспійкими, що доставляють дискомфорт і занепокоєння. Напруженість у відносинах пов'язана з почуттям сум'яття, емоційною неспійкістю. Напруженість у відносинах також властива жінкам з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом. Виявлено достовірно значущу різницю в відчуженості відносин між трьома групами. Найбільша ($M=31,21$) відчуженість у відносинах властива жінкам з тривало існуючим ортопедичним дефектом. Також жінкам гр.1 притаманна компромісна поведінка, нерішучість, залежність, уникнення конфронтації, що диктується страхом бути відкинутими; характерна демонстрація м'якосердя, альтруїзму. Жінки з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом схильні до здобуття контролю над іншими, експлуатації, що диктується їх обмеженими фізичними можливостями та відсутністю адаптації до них у ранні строки. Вищенаведені результати було підтверджено даними за шкалою «Міжособистісної сензитивності», які дозволили констатувати у жінок з ортопедичним дефектом наявність почуття неповноцінності і неадекватності, при цьому подібні переживання посилюються при порівнянні себе з іншими ($t=21,61$, $t=18,71$, $p=0,00$). Притаманна тенденція до самоосуду, почуття неспокою в процесі міжособистісного спілкування. Комунікативні контакти опосередковуються почуттями невідповідності, неповноцінності, що впливає на їх якість.

Одним із завдань з вивчення системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом було визначення особливостей системи подружніх відносин. Встановлена істотна різниця в стилізових особливостях реагування на подружню психотравматизацію в 3-х групах досліджених. У гр. 1 бали за шкалою «неконструктивних установок на шлюб» знаходяться в зоні низьких значень, шкали що відображають захисні способи реагування, знаходяться в зоні середніх значень з тенденцією до низького рівня. Значення за шкалою агресії вказували на відсутність агресивних проявів в сімейній взаємодії жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом. Значення за шкалою «фіксації на психотравмі» перебували в зоні середніх значень, що вказує на тенденцію до фіксації афекту та інтелекту на психічній травмі. Піки в профілі утворені по шкалах «депресії» і «соматизації тривоги» свідчать про загальмованість, астеної, зниження інтересів. Ю.Л.Нуллер (1981) описав депресію як захисне утворення, отже депресія при подружній психотравматизації виступає захистом, який дозволяє зберегти шлюб. Соматизація являє собою трансформацію психологічного напруження у фізичний дискомфорт, нездужання або захворювання. Проявляється цей захист в підвищеній увазі до власного самопочуття і здоров'я. У гр. 2 не виявлено неконструктивних установок на шлюб. Значення, отримані за шкалою депресії, свідчать про тенденцію до розвитку депресивних станів у жінок з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом. Значення за шкалами «агресії» і «соматизації тривоги» вказують на відсутність даних проявів у жінок з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом. Значення за шкалою «фіксації на психотравмі» вказують на тенденцію до застрягання афекту та інтелекту на психічній травмі. Найвищі піки утворені за шкалами «протективних» і «дефензивних» механізмів, що вказує на захисну активність як за типом недопущення в свідомість психотравмуючої інформації, так і за типом «реінтерпретаційної активності». У гр. 3 встановлена гармонійність стилів реагування на подружню психотравматизацію. Отже, в ранні строки після вкорочення кінцівки в

подружніх стосунках з'являється напрута, відбувається перебудова усталених стосунків, при яких активізуються захисні механізми ситуативного реагування, проте з часом ситуаційні захисти не справляються і відбувається нарощування депресії і соматизації, які також є захисними утвореннями, що забезпечують збереження шлюбу.

Наявність проблем у подружніх стосунках підтверджено результатами «Опитувальника подружньої комунікації». Рівень подружнього щастя достовірно нижче у жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом ($t=5,80, t=12,78$, при $p=0,00$), жінки з нещодавно придбаним дефектом відрізняються як від жінок 1 гр. ($t=5,80$, при $p=0,00$), так і від жінок гр.3 ($t=10,36$, при $p=0,00$), у останніх рівень подружнього щастя має найвищі показники ($M=13,47$). Таким чином, наявність дефекту кінцівки у вигляді її укорочення позначається на рівні подружнього щастя, при чому при тривало існуючому дефекті рівень щастя знижується. Якісні подружні стосунки неможливі без сексуальної гармонії подружньої пари. Оцінка власних сексуальних можливостей була вище у жінок контрольної групи ($M=8,71$). Крім цього жінкам контрольної групи властива сексуальна заклопотаність у порівнянні з жінками з груп 1 ($t=5,27$) і 2 ($t=5,11$). За шкалою сексуальної депресії значущих відмінностей між групами не виявлено. Дані результати вказують на зниження сексуального компоненту у жінок з ортопедичним дефектом, його незначність, певну блокаду сексуального компоненту у зв'язку з наявністю ортопедичного дефекту.

Для відтворення цілісної картини сімейних стосунків жінок з ортопедичним дефектом нами були досліджені типи ставлення жінок до своїх дітей. Було встановлено, що жінки з тривало існуючим ортопедичним дефектом достовірно відрізняються стилями виховання, у яких відбивається компенсація власного дефекту: бажання підняти дитину до соціально-бажаного типу, що реалізується двома шляхами: 1а) - підтримкою дитини, зацікавленістю у її справах, створенням «образу соціальної бажаності поведінки»; 1б) - контролем за поведінкою дитини, авторитаризмом, вимогами беззастережного послуху, дисципліни, нав'язуванням своєї волі, «авторитарного піперсоціалізацією»; 2) формування у дитини вивченої безпорадності за рахунок її інфантилізації, що призводить до підвищення самооцінки жінки та переживання потреби.

Вивчення специфіки самоставлення жінок з ортопедичним дефектом дало наступні результати. У гр. 1 самоставлення жінок характеризувалось незадоволеністю собою, своїми можливостями, сумнівами в здатності викликати повагу, підвладність власного «Я» тимчасовим обставинам, нездатністю протистояти долі, поганій саморегуляції, розмитому локусі «Я». Уявлення жінок про себе засноване на відчутті того, що їх особистість, характер і діяльність не здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення. Один з найбільш негативних піків в профілі самоставлення утворений за шкалою «самоцінність» ($M=4,90, \sigma 2,28$), що відображає недооцінку свого духовного «Я», сумніви в цінності власної особистості, відстороненості, втраті інтересу до свого внутрішнього світу. Характерна відсутність дружнього ставлення до себе, схвалення власних планів і намірів, що є важливим симптомом внутрішньої дезадаптації. Високий пік за шкалою «внутрішня конфліктність» ($M=9,26, \sigma 1,98$) в профілі самоставлення свідчив про наявність внутрішніх конфліктів, сумніви, незгоду з собою. За шкалою «самозвинувачення» високі бали ($M=7,02, \sigma 1,69$) свідчили про інтапунітивність, самозвинувачення, готовність поставити собі в провину свої промахи, невдачі, власні недоліки. У 2 гр. жінок спостерігався підвищений поріг до усвідомлення свого «Я», знижена рефлексивність ($M=5,60, \sigma 1,17$). Щодо такого аспекту самоставлення як самовпевненість спостерігалось деяке пониження даного аспекту в порівнянні з групою здорових жінок ($t=4,34$), але достовірно значуще підвищення по відношенню до групи жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом ($t=4,56$). Така ж картина спостерігається і за параметром «самокерівництво», достовірні відмінності між гр. 2 і гр. 3 ($t=4,06$) вказують на втрату адекватної саморегуляції, але на відносно її збереження в порівнянні з групою 1 ($t=10,88$). Почуття, пов'язані з очікуванням ставлення до себе з боку інших характеризувались невірою в те, що їх особистість, характер і діяльність здатні викликати в інших повагу, симпатію, розуміння і схвалення. За параметром «самоцінність» встановлені достовірно значущі відмінності як у порівнянні з 1 гр. ($t=8,47$), так і гр. 3 ($t=7,85$). Таким чином, емоційна оцінка себе за внутрішніми інтимними критеріями любові, духовності, багатства внутрішнього світу характеризується сумнівом у цінності власної особистості, відстороненості, що межує з байдужістю до свого «Я». За шкалою «самоприйняття» так само зафіксовані значущі відмінності між гр. 2 і гр. 1 ($t=3,10$), 3 ($t=7,50$). Таким чином, жінкам 2 гр. властива втрата дружнього ставлення до себе, згоди з собою, емоційного, безумовного прийняття себе таким, який ти є. За параметром «внутрішня конфліктність» встановлені достовірно значимі відмінності між жінками 2 гр. і гр. 1 ($t=7,50$), 3 ($t=2,21$). Таким чином, у жінок з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом мають місце конфлікти у внутрішньому плані особистості. За шкалою «самозвинувачення» було встановлено достовірно значущі відмінності з групами 1 ($t=4,91$), 3 ($t=9,68$), що свідчить про тенденцію до готовності поставити собі в провину свої промахи, невдачі, власні недоліки.

Вивчення ставлення жінок до власної тілесності виявило, що жінки з ортопедичною вадою незалежно від тривалості її існування негативно конують власне тіло, яке сприймається ними відштовхуючим, дефектним,

недостойним любові та небажаним як для них самих так і для оточуючих. Найбільш негативні оцінки було виявлено у жінок гр. 1 ($M=29,13$), які достовірно відрізняються від жінок гр.2 ($t=2,48$) та від жінок гр.3 ($t=5,42$).

Програма психокорекції системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом. При складанні психокорекційної програми були враховані основні принципи складання психокорекційних програм (рис.1). Основні механізми психокорекційної дії були розглянуті відповідно з трьома найважливішими планами функціонування людини: емоційним, когнітивним, поведінковим.

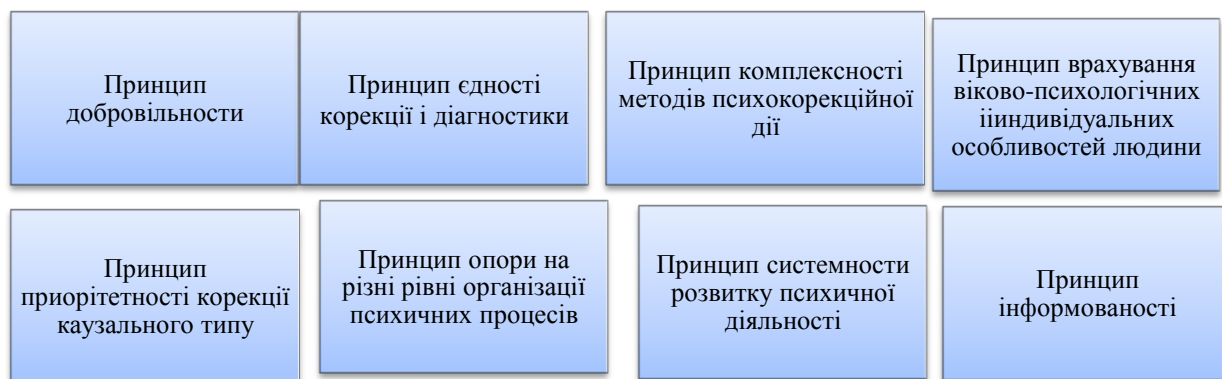


Рис.1. Принципи складеної психокорекційної програми

Метою програми є гармонізація системи ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом. Психокорекційний комплекс складався з декількох взаємопов'язаних блоків, кожному з яких була притаманна певна цільова спрямованість (рис. 2).

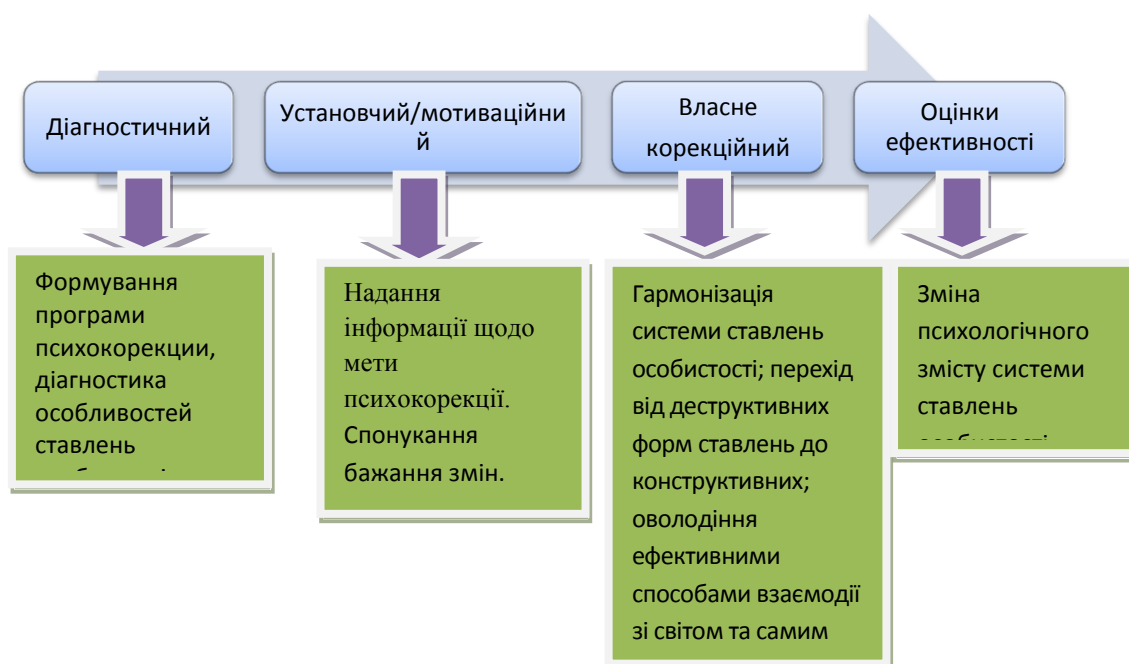


Рис.2 Блоки психокорекційного комплексу та їх цілі

У психокорекційній програмі взяло участь по 12 учасників з кожної експериментальної групи (жінки з гр. 1 та гр.2). Всі учасниці програми дали свою добровільну згоду і отримали необхідну інформацію про мету програми. Група мала закритий формат, вибір даного формату визначили такі особливості закритих груп, як їх велика ефективність, спільне і одночасне проходження всіма пацієнтами фаз психокорекційного процесу, значна глибина і сила групових переживань, велика згуртованість та ефективність поглибленої роботи з досягнення інсайту.

Ефективність проведеної програми психокорекції підтверджена суб'єктивно-пережитими позитивними змінами у внутрішньому світі, об'єктивно-реєстрованими змінами в системі ставлень, стійкістю та тривалим психокорекційним ефектом проведеної психокорекції.

Після проведення програми психокорекції у учасниць експериментальної групи з тривало існуючим ортопедичним дефектом виявилось: зростання оцінок суб'єктивної комфортності, підвищення самоцінності, зниження міжособистісної сенситивності, зниження тенденції до ізоляції в міжособистісних відносинах, зниження зверхкритичності по відношенню до себе і оточуючих, придбання відповідальності у міжособистісних відносинах, подолання дезадаптивних когніцій, пов'язаних з міжособистісними відносинами, підвищення компетентності в поведінкових, комунікативних навичках, зниження відчуттів марності, неадекватності, сорому при міжособистісних контактах, підвищення самооцінки, розширення діапазону поведінкового репертуару. Після проведення програми психокорекції у учасниць експериментальної групи з нещодавно придбаним ортопедичним дефектом виявилось: зростання оцінок суб'єктивної комфортності, підвищення самоцінності, зниження міжособистісної сенситивності, зниження тривожності, зниження тенденції до ізоляції в міжособистісних відносинах, зниження зверхкритичності по відношенню до себе і оточуючих, придбання відповідальності у міжособистісних відносинах, подолання неадаптивних когніцій, пов'язаних з міжособистісними відносинами, підвищення компетентності в поведінкових, комунікативних навичках, зниження відчуття марності, неадекватності, сорому при міжособистісних контактах, підвищення

Слід відзначити, що при тривало існуючому ортопедичному дефекті тривожність, як особистісна риса, залишилася резистентною психокорекційним впливам, в той час як при недавно придбаному дефекті тривожність, не імплантована в структуру особистості, з плином часу не закріпилася, отже, нівелювалася. Дана обставина дозволяє укласти про необхідність раннього психокорекційного втручання при ортопедичному дефекті травматичного генезу. Суб'єктивне та об'єктивне оцінювання також проводилося в групах контролю, у групах контролю змін не виявлено.